Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik

Goiânia / Brasilien

HÄUFIGKEIT DER BÖSARTIGEN ÖSOPHAGUSTUMOREN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt
und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

David R a s s i - N e t o

aus Goiânia / Brasilien

Würzburg, den 21. Aug. 1980

Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik

Goiânia / Brasilien

HÄUFIGKEIT DER BÖSARTIGEN ÖSOPHAGUSTUMOREN

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

verfaßt
und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

David R a s s i - N e t o

aus Goiânia / Brasilien

Würzburg, den 21. Aug. 198o

Referent:	Prof. Dr. F. Husmann
Korreferent:	Prof. Dr. H. Franke
Dekan:	Prof. Dr. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 24.11.1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

HÄUFIGKEIT DER BÖSARTIGEN ÖSOPHAGUSTUMOREN

Einleitung

Von allen Tumoren der inneren Organe sind es wahrscheinlich die Ösophagustumoren, welche die frühesten Symptome aufweisen. Das läßt sich durch die Funktion des Organs erklären.

Als Verbindungsorgan, d.h., Mittelstrecke zwischen Mund und Magen für die Nahrungsmittel, ist der Ösophagus dehnungsempfindlich. Daraus kann man leicht schließen, daß jedes Hindernis für die Nahrung sich dadurch bemerkbar für den Patienten macht, z. B. als Dysphagie. Normalerweise wird er dann den Arzt bald aufsuchen.

Außerdem muß die technisch leichte Organuntersuchung erwähnt werden, und schon sind die Gründe eines erweiternden Studiums über 'Häufigkeit der malignen Ösophagustumoren' ersichtlich unter Berücksichtigung der Faktoren: Alter, Geschlecht, Farbe, sozioökonomische Richtlinien, anatomische Placierung, Ätiopathogenie usw..

In diesem Studium werden ausschließlich die malignen Tumoren zitiert. Wenn man die zahlreichen Literaturangaben nachschlägt, sieht man die Häufigkeit im Ausland (1, 5, 7, 11, 13), in einem großen medizinischen Zentrum in Südbrasilien (6) und in Goiânia (2, 3, 4). Anschließend wird ein Vergleich zwischen ihnen gezogen.

In Goiânia wird als Quelle ein klinisch-chirurgisches Zentrum benützt: Ambulanz und Kliniken des Zentralkran-

krankenhauses der Medizinischen Fakultät der Landesuniversität Goias (F.M.U.F.G.) (2), Pathologie der F.M.U.F.G. (3), und ein von der Medizinischen Fakultät unabhängiges Zentrum, die Radiologische Klinik von Goiânia (4).

Analysen und Vergleiche

Es werden vier Punkte in folgender Reihenfolge angesprochen: Geschlecht, Farbe, Alter und sozioökonomisches Niveau. Anschließend wird ein möglicher ätiologischer Zusammenhang erwähnt.

Ungefähr 7 % aller Carcinome des gastrointestinalen Traktes, die häufigste bösartige Geschwulst des Ösophagus, betreffen dieses Organ.

In den USA ist das Ösophaguscarcinom etwa in 4 % die Todesursache bei allen malignen Tumoren und ca. 2,5 % aller stationären Krebskranken leiden darunter. Dort wird diese Erkrankung bei Männern über 2o Jahren nur von Tumoren der Lunge, Magen, Kolon und Rektum übertroffen.

Aus den USA, Standort eines großen Teils der vorhandenen Statistiken, berichten andere Autoren ebenfalls, daß das Carcinom die häufigste maligne Geschwulst des Ösophagus und Ursache von 2 % aller Todesfälle ist. In England sieht es nicht anders aus (7, 11).

In Brasilien fehlen uns insgesamt Daten, um diese Kriterien genau zu analysieren. Correia Neto zitiert le-

diglich das Ösophaguscarcinom als den dritthäufigsten malignen Tumor des gastrointestinalen Traktes nach dem Kolon und Magen-Carcinom (6).

Aus zwei Quellen in Goiânia kann man richtige Zahlen entnehmen. In der radiologischen Klinik gab es eine Häufigkeit von malignen Ösophagustumoren bei 35 von 2.37o untersuchten Patienten, d. h., 1,4 % der Fälle (4).

In der Pathologischen Klinik der medizinischen Fakultät fanden sich 11 positive Ergebnisse von Ösophaguscarcinomen bei insgesamt 21o Biopsien, d. h., ein Prozentsatz von 5,2 % (3). Wenn man allerdings die Personalien der Patienten genau unter die Lupe nimmt, stellt man fest, daß es sich bei drei Präparaten um eine wiederholte Biopsie bei dem selben Patienten handelt, die zur Bestätigung der Diagnose durchgeführt wurde. Deshalb, um mit genauen Zahlen umzugehen, waren bei 2o7 Biopsien 8 positive in Bezug auf die Malignität, also 3,8 %. Die nächsten Angaben dieser Klinik werden also logischerweise von 8 Patienten sprechen.

Ein Vergleich der Häufigkeit der malignen Ösophagustumoren zwischen mehreren Autoren zeigt insgesamt eine allgemeine Koinzidenz in der gesamten Population. Die Statistiken zeigen, daß die 'gelbe Rasse' (China und Japan) häufiger betroffen wird (11, 13).

In Amerika ist der Index bei weißen Patienten in den letzten drei Jahrzehnten konstant geblieben; Statistiken der gleichen Autoren zeigen jedoch zunehmende Inzidenz bei der schwarzen Bevölkerung (11, 13).

In unserem Milieu von 14 Fällen waren es 5 Weiße und die restlichen 9 waren Neger oder Mestizen; prozentual gesehen 35,7 % Weiße und 64,3 % Neger und Mestizen (2, 3, 4).

Überall sieht man eine Prädominanz der Ösophaguscarcinome bei niedrigen Sozialschichten. Das bestätigt auch die obigen Angaben, weil die amerikanischen Neger gewöhnlich in einem niedrigeren sozialen Niveau als die Weißen eingestuft werden.

In Goiânia konnte man sich diesbezüglich lediglich auf die Daten der Medizinischen Klinik der Universität stützen, da die anderen Quellen keine Angaben darüber enthielten. Patienten mit Ösophaguscarcinomen waren zum größten Teil Bauern, aber nicht Selbständige, sondern Angestellte. Die Restlichen gehörten auch zur ungefähr gleichen Sozialschicht. Lediglich 2 wohnten in der Hauptstadt in passablen Häusern, alle anderen im Landesinnern. Bei allen fanden sich große alimentäre Probleme, ca. 8o % waren chronische Alkoholiker (2).

Bei 8o % bis 88 % aller Tumoren des Ösophagus des Mannes handelte es sich um Carcinome. Bei der Frau sind sie nur im oberen Drittel des Ösophagus häufiger als beim Mann (11), andererseits zeigen die Statistiken, daß die Ösophagustumoren im oberen Drittel am seltensten sind.

Bochus zitiert Thorek, der attestiert, daß bei der Frau die Inzidenz der malignen Ösophagustumoren in den drei anatomischen Teilen gleich verteilt ist (5). Cecil-Loeb gibt eine 2 : 1 Häufigkeit der Ösophagustumoren zugunsten

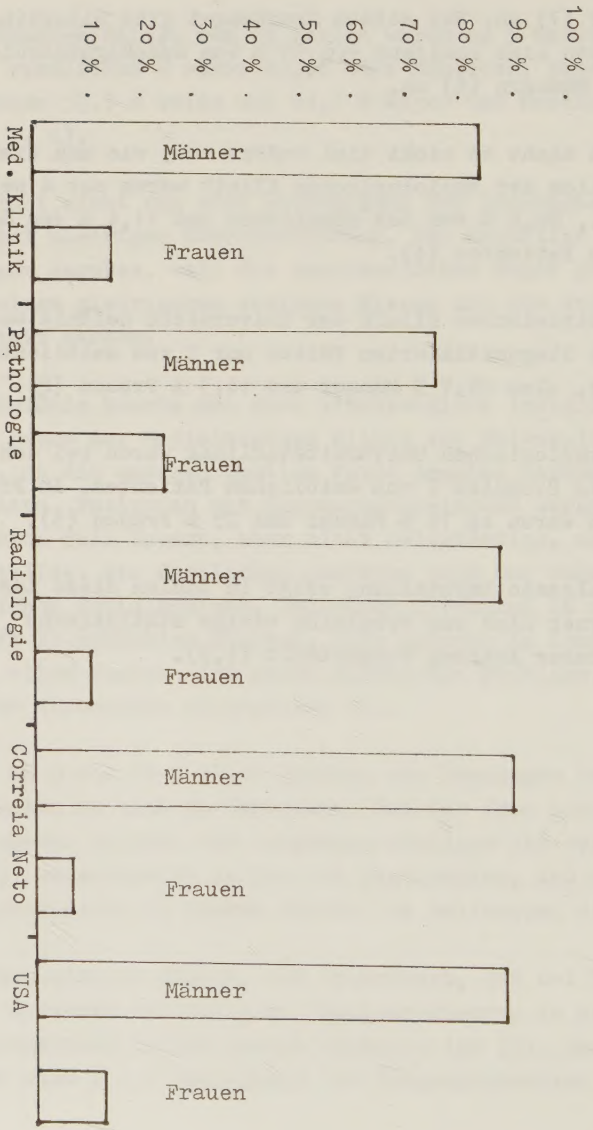
der Männer (7) an. Bei seinem Krankengut gibt allerdings Correia Neto eine Inzidenz von 95 % von Ösophaguscarcinomen bei Männern (6) an.

In Goiânia sieht es nicht viel anders aus, wie man sieht: Von 35 Fällen der Radiologischen Klinik waren nur 4 weiblich, d.h., 88,6 % von den männlichen und 11,4 % von den weiblichen Patienten (4).

In der Medizinischen Klinik der Universität Goiânia waren von 14 diagnostizierten Fällen nur 2 vom weiblichen Geschlecht, also 85,7 % Männer und 14,3 % Frauen (2).

In der Pathologischen Universitätsklinik waren bei den 8 positiven Biopsien 2 von weiblichen Patienten. In Prozentzahlen waren es 75 % Männer und 25 % Frauen (3).

Die nachfolgende Darstellung zeigt in Zahlen diese Aussagen. Ferner sind zum Vergleich einige statistische Zahlen anderer Autoren dargestellt (1,5).


10 %
20 %
30 %
40 %
50 %
60 %
70 %
80 %
90 %
100 %
Med. Klinik
Männer
Frauen
Pathologie
Männer
Frauen
Radiologie
Männer
Frauen
Correia Neto
Männer
Frauen
USA
Männer
Frauen

Sowohl die einheimischen wie auch die ausländischen Autoren zeigen eindeutig eine größere Häufigkeit der Ösophaguscarcinome zwischen dem 5o. und 7o. Lebensjahr. Bei einigen Autoren sind es sogar Dreiviertel aller Patienten in dieser Zeitspanne.

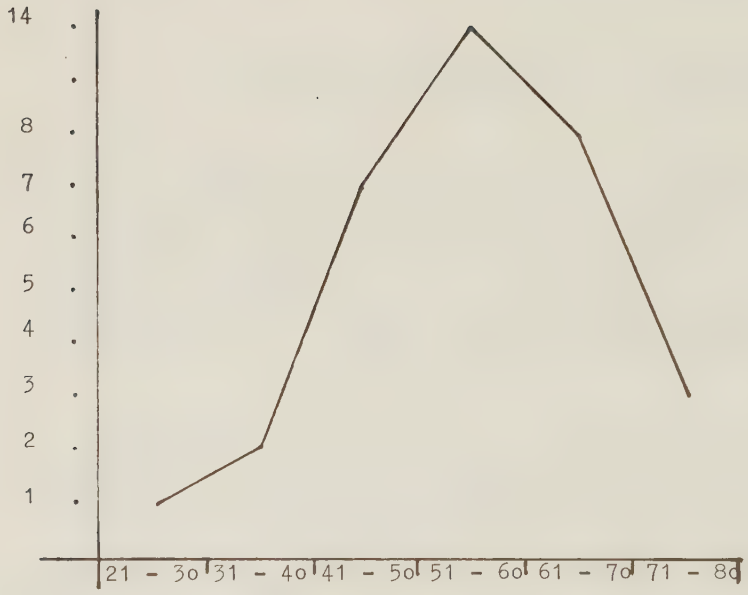
Bei 8o % von 393 Fällen von Adam und Salzmann (1) waren die Patienten älter als 4o Jahre. Sodeman bestätigte diese Aussage (13).

Nach Correia Neto (6) findet sich in Brasilien schon ein Anstieg nach dem 3o. Lebensjahr.

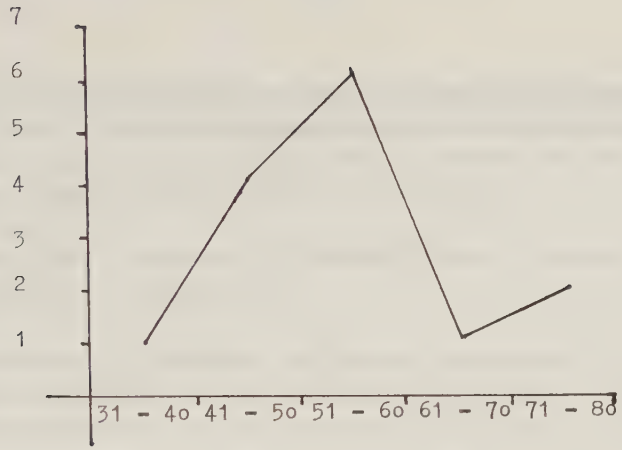
In Goiânia war es in allen drei Abteilungen deutlich ersichtlich, daß die maximale Inzidenz zwischen dem 5o. und 6o. Lebensjahr lag. In der Radiologischen Klinik lagen 14 von 35 Patienten in dieser Altersstufe. In der Pathologischen Klinik waren es 6 von 8 Fällen, in der Medizinischen Universitätsklinik waren 6 von 13 diagnostizierten Fällen im 5. Lebensjahrzehnt.

Dieses anscheinend niedrigere Inzidenzalter korreliert mit den sozioökonomischen Faktoren, wie schon beschrieben. Die durchschnittliche Lebensdauer in Brasilien ist relativ niedrig, außerdem werden Personen der unteren sozialen Schichten häufiger von diesem Tumor betroffen. Es ist deswegen keineswegs verwunderlich, daß von 35 Fällen von Ösophaguscarcinomen 3 sich im dritten und vierten Lebensjahrzehnt befanden, also fast 1o %.

Die nachfolgende Tabelle illustriert das.

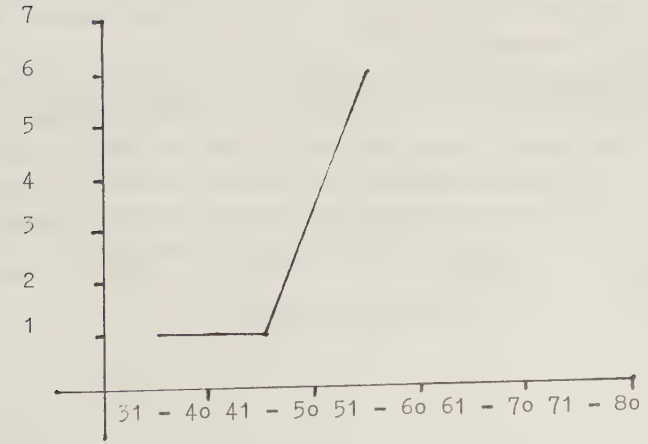


Radiologische Klinik von Goiânia

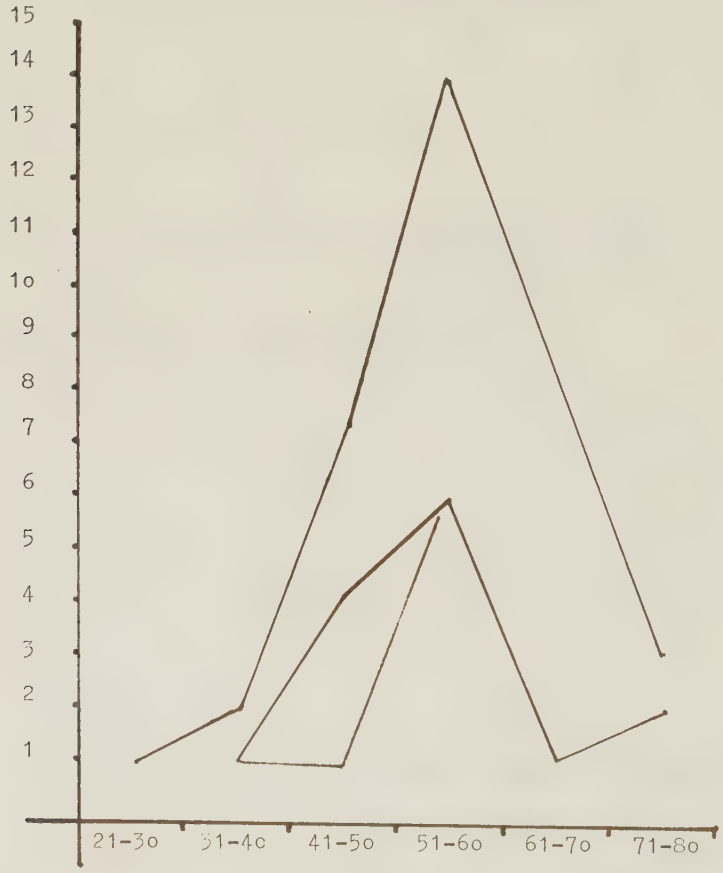


Med. Universitätsklinik von Goiânia

Pathologisches Institut der Universität von Goiânia



Wenn man die drei Tabellen nebeneinander stellt, wird der Gipfel im 5o. bis 6o. Jahrzehnt sichtbar.



——— Radiologische Klinik von Goiânia

——— Pathologisches Institut der Universität von Goiânia

——— Med. Universitätsklinik von Goiânia

Die Ätiologie der malignen Ösophagustumoren ist genauso unklar wie bei anderen Organen. Einige Autoren zitieren jedoch Faktoren, die möglicherweise eine Rolle in der Genese dieser Neoplasien spielen.

Noxen: Heiße Getränke oder Nahrung, Tabak, Alkohol, die chronische Ösophagitis.

Infektionen: Zahnkaries, chronische Pharingitis (einige Autoren berichten über eine größere Häufigkeit der Ösophaguscarcinome im oberen Drittel bei Patienten mit dieser Entzündung) (1, 11, 12, 13). Bochus zitiert ferner einen möglichen Faktor: Das falsche Kauen durch fehlende oder schlechte Zähne.
Der selbe Autor führt außerdem eine 1o %ige Häufigkeit von Ösophaguscarcinomen bei Patienten mit Ösophagusdivertikel an (5).

Burrel vermutet eine cancerogene Substanz in einem Spezialgetränk der Bantos-Indianer in Afrika, da das Ösophaguscarcinom bei diesem Volksstamm vermehrt auftritt (7). Es wird ferner der Zusammenhang zwischen dem Plummer-Vinson-Syndrom oder Patterson-Kelly-Syndrom und dem Ösophaguscarcinom erwähnt. Dieses Syndrom, das mit Eisenmangelanämie und Dysphagie verläuft, wurde zunächst bei Frauen in Nordschweden beobachtet, im Spätstadium hat sich bei vielen dieser Patientinnen ein Ösophaguscarcinom entwickelt. Von einigen Autoren wird das fehlende Eisen im Enzymsystem bei der Oxidation dieser Ösophaguszellen als entscheidender Faktor für die Entartung, die als Ösophaguscarcinom enden würde, angeführt. Sodeman lehnt jedoch diese These ab und stellt die Frage, warum die

Läsion ausgerechnet diese Zellen betreffen würde (13).

Andere Autoren haben bei 18 von 48 Personen mit Tylosis aus zwei Familien eine vermehrte Inzidenz von Ösophaguscarcinomen aufgezeigt. Das wurde wiederum von anderen Autoren abgelehnt, die viele andere Familien mit Tylosis ohne Ösophagustumoren zitieren konnten (8).

Die Neoplasie scheint vermehrt aufzutreten bei einer Stauung im Bereich des Ösophagus, wie z.B. in Fällen von Cardiospasmus, kaustischer Stenose und angeborener Stenose. Sweet gibt aus seinem Krankengut eine 4 % - Beteiligung von Ösophaguscarcinom bei Patienten mit Akalasie an (5).

In Goias sollte dieser Aussage besser nachgegangen werden, weil es sich um ein endemisches Gebiet für Tripanosomiasis handelt, die bei Ösophagusbeteiligung vermehrt Stauung mit Aperistalsis verursacht.

In 1ooo Fällen von Megaösophagus bei Chagas-Krankheit wurden jedoch lediglich 5 Carcinome beobachtet (Angaben der Gastroenterologischen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik).

Die maligne Entartung der benignen Ösophagustumoren konnte nicht nachgewiesen werden.

Nun kommt man zu einem Punkt, der die Aufmerksamkeit der meisten Autoren anzieht: Die Lokalisation der Ösophagustumoren. Man verteilt den Ösophagus anatomisch in drei Teile: Oberes, mittleres und unteres Drittel.

Mit wenigen Ausnahmen zeigen sämtliche Autoren eine größere Inzidenz von malignen Tumoren im unteren Drittel. In Goiânia fanden wir bei allen drei Abteilungen jedoch eine größere Häufigkeit im mittleren Drittel.

Beesen und Demont beschreiben drei Ösophaguszonen mit vermehrter Carcinominzidenz. Es sind: Höhe des Aortalbogens, unmittelbar oberhalb der gastroösophagealen Grenze und im Hypopharynx-Segment. Für diese Autoren lokalisieren sich 5o % der Tumoren im mittleren, 3o % im unteren und der Rest im oberen Drittel (7).

Nach Netter befinden sich 43 % im unteren, 37 % im mittleren und der Rest im oberen Drittel (1o).

Wie schon erwähnt, findet man bei der Lokalisation die einzige Prädominanz der Frauen gegenüber den Männern; im oberen Drittel treten Tumoren nämlich häufiger bei Frauen auf (5, 11, 12, 13).

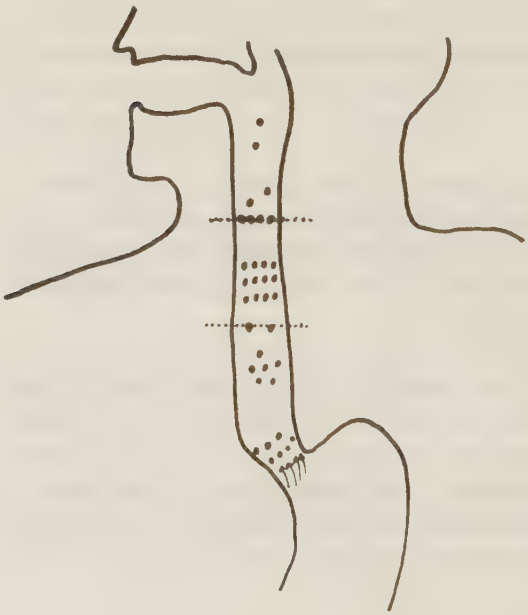
Andere ausländische Autoren zeigen Zahlen, die in etwa die schon erwähnten bestätigen. In Brasilien zitiert Correia Neto ebenfalls eine Überlegenheit des unteren gegenüber dem mittleren Drittel und von diesem gegenüber dem oberen Drittel (6).

Die von uns erzielten Daten in Goiânia sehen ganz anders als bei den meisten Autoren aus, nämlich: Von 35 Fällen der Radiologischen Klinik fanden sich 4 Tumoren im oberen Drittel und weitere 4 am Übergang des oberen zum mittleren Drittel, so daß man von 8 Tumoren für das obere Drittel ausgehen kann, in Prozenten also 22,8 % (4).

Im mittleren Drittel lagen 12 von den 35 Fällen und noch 2 am Übergang des mittleren zum unteren Drittel, also 14 Fälle oder 4o %.

Im unteren Drittel fanden sich 9 primäre Ösophagustumoren und noch 4 aus dem Magen in den Ösophagus ausgebreitet. Für die ersten 9 wären das prozentual 25,7 %, wenn man die 4 infiltrierten Magentumoren dazu zählt, 37,1 % der Gesamtzahl. Das wäre beinah aber nicht ganz die Zahl der Tumoren des mittleren Drittels.

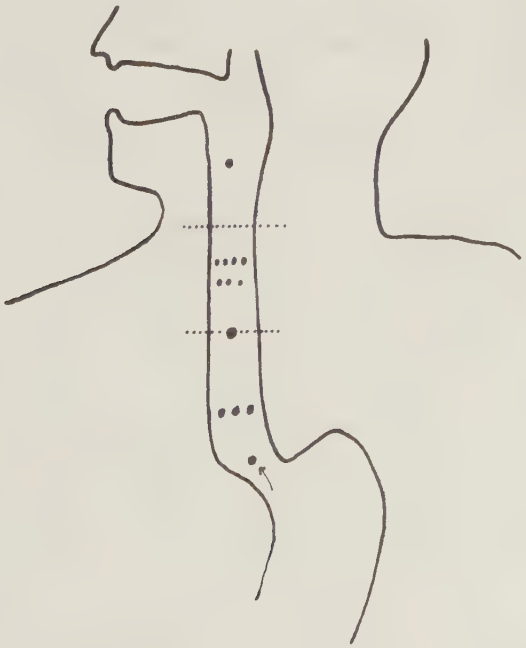
Die nachfolgende Zeichnung stellt die obigen Zahlen dar; jeder Punkt bedeutet 1 Fall.



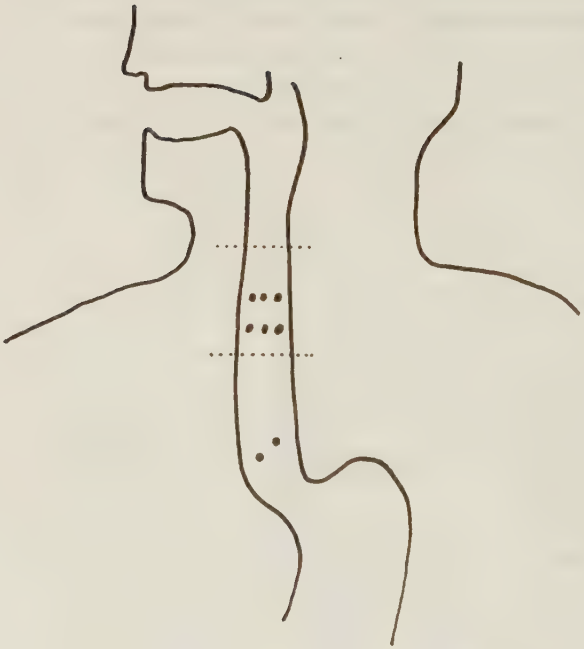
Die Statistik der Medizinischen Universitätsklinik bestätigt ganz diese Daten. Hier müssen wir jedoch mit 13 und nicht wie bisher mit 14 Fällen arbeiten, da die Röntgenbilder einem Patienten mitgegeben wurden und nicht mehr auffindbar waren. So war es nicht möglich, den Tumor zu lokalisieren; bei anderen vorhandenen Untersuchungen wird die Lokalisation nicht genannt.

Von 13 Fällen gab es nur 1 Tumor im oberen Drittel (etwa 7,7 %). Im mittleren Drittel waren es 7 und noch ein weiterer am Übergang zum unteren Drittel, also 8 Fälle oder 61,6 %.

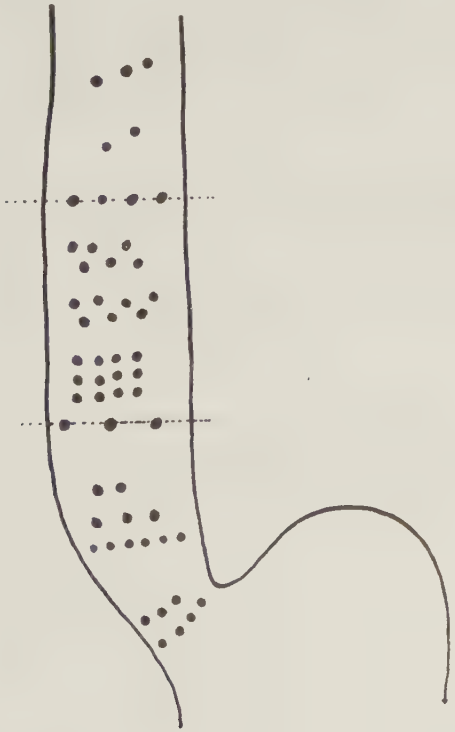
Im unteren Drittel fanden sich 4 Fälle mit einem Prozentsatz von 3o,7 % (siehe die untere Zeichnung); für jeden Punkt zählt ein Fall.



In der Pathologischen Klinik der Universität fanden sich: Kein Tumor im oberen, 77,7 % im mittleren und 22,3 % im unteren Drittel (3).
Für jeden Punkt zählt ein Fall.



Die untere Zeichnung faßt das Ergebnis aller Abteilungen zusammen. Es wird die Überlegenheit der malignen Tumoren des mittleren Drittels in einer Proportion von 2 : 1 zu den restlichen illustriert.

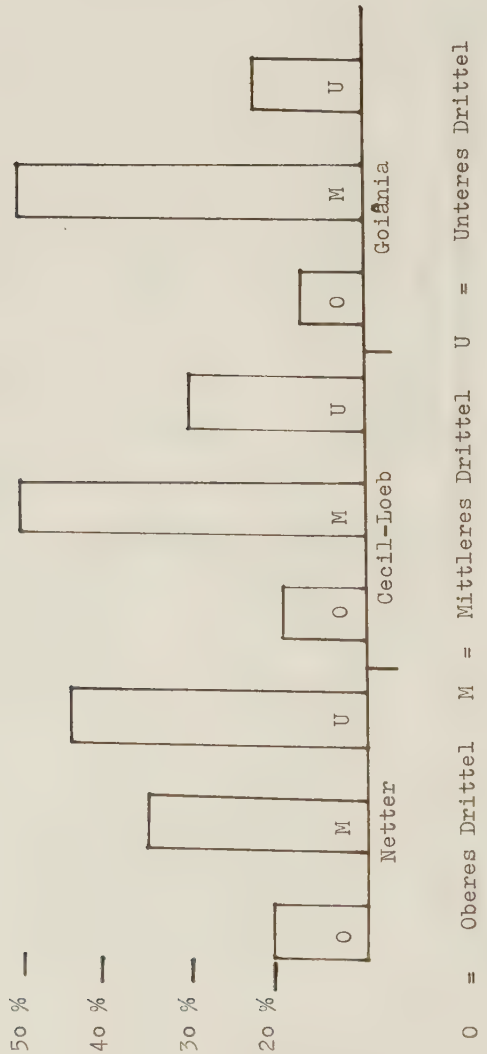


Pathologisches Institut der Universität Goiânia

Med. Universitätsklinik Goiânia

Radiologische Klinik Goiânia

Die nächste Tabelle zeigt einen Vergleich zwischen Zahlen zweier amerikanischer Autoren mit unterschiedlichen Ergebnissen aus Goiânia, die sich den Zahlen von Cecil-Loeb annähern (7, 1o).



Makroskopie und Mikroskopie

Nun wird die Makro- und Mikroskopie der malignen Ösophagustumoren diskutiert. Makroskopisch wird der Tumor selbst analysiert und außerdem versucht, mögliche Ausbreitungen zu erfassen, da diese die Makroskopie des Tumors verändern können. Mikroskopisch reicht schon die Darstellung von einem der Autoren aus, weil sie immer identisch beschrieben wird.

Zunächst können die Ösophagusläsionen vereinzelt oder multiple sein, eine Tatsache, die röntgenologisch nicht immer bewiesen werden kann, so daß man von der Ösophagoskopie und Biopsie Gebrauch machen muß. Diese Läsionen können primär oder sekundär sein, was ebenfalls bioptisch gesichert werden muß.

Bei der Ösophagoskopie zeigen die meisten malignen Ösophagustumoren Anzeichen von Wachstum, Ärosion oder Destruktion der Schleimhaut, wie auch einen Rand mit unregelmäßigem Profil.

Die Tumoren des oberen Drittels sind schlecht sichtbar, besonders bei der Laringoskopie, weil sie sich oft in der Piriformisgrube versteckt lokalisieren. Erst wenn sie an Größe zunehmen und Symptome verursachen, werden sie auch sichtbar. Sie können als granulöses Ulkus oder als ulceröse Ausbuchtung erkannt werden, mit Ausbreitung in die Piriformisgruben.

Die Ösophagustumoren dieser Lokalisation können sich auch in die Trachea ausbreiten und frühe Symptome hervorrufen.

Wie in den anderen Regionen können die Tumoren des mittleren Drittels wuchern, ulzerieren oder infiltrieren. Sie können sich in die Bronchien, Lunge, großen Gefäße und Nerven ausbreiten. Nach einigen amerikanischen Autoren überwiegen in diesem Ösophagusbereich die malignen Tumorentypen, die wuchern, gefolgt von den infiltrierenden, die zur Stenosierung des Organs führen. Letztere sind schließlich die heimtückischsten von allen, sie beginnen als kleine, schwer zu diagnostizierende Läsion mit Spätsymptomen und werden meistens erst erkannt, wenn sie sich schon in fortgeschrittenem Stadium befinden (7, 1o).

Die Neoplasie kann aus dem Ösophagus ein hartes Rohr machen und ihn an anderen Nachbarorganen fixieren. Manchmal nimmt der infiltrierende Tumor eine Ringform an, die sogar die Einführung einer Biopsiezange erschwert.

Die wuchernden Tumoren dieses Ösophagusanteiles lassen sich ösophagoskopisch und selbst röntgenologisch am besten diagnostizieren (nach amerikanischen Autoren). Endoskopisch erkennt man eine polypähnliche Wucherung (1).

Für die anatomische Einordnung bereiten die Tumoren im unteren Ösophagusdrittel die größeren Schwierigkeiten, da viele von ihnen aus dem Magen in den Ösophagus infiltriert sind. In Fällen von Adenocarcinome kann selbst die Probeexcision, wenn sie nicht ausreichend entnommen wurde, dem Pathologen diagnostische Schwierigkeiten bereiten. Das wurde in einem Fall der Pathologischen Universitätsklinik registriert.

Auch umgekehrt ist es möglich, daß ein Primärtumor sich vom distalen Anteil des Ösophagus in den Magen ausbreitet. Ein solcher Fall aus dem Krankengut der chirurgischen Universitätsklinik Goiânia wird beschrieben (2).

In der Radiologischen Klinik von Goiânia waren 4 von 35 Fällen von malignen Ösophagustumoren ursprünglich Infiltrationen eines Magentumors; in Prozenten ausgedrückt sind dies 11,4 % (4).

Die Daten der Pathologischen Klinik bestätigen diese Zahlen mit einem Prozentsatz von 11,1 % von malignen Ösophagustumoren aus Mageninfiltrationen (3). Die Tumoren dieses Abschnittes können sich in das Zwerchfell, Wirbelkörper, Pericard und Herz ausbreiten.

Die Tumoren des unteren Drittels, die aus dem Magen infiltrieren, dringen in die submucosa des Ösophagus ein und können bei der Ösophagoskopie eine Stenose der Cardia vortäuschen, da sie von einem Cardiospasmus nicht zu unterscheiden sind. Das kann die Diagnose eines weniger erfahrenen Arztes erschweren. Sie können sich auch in diesem Gebiet an der Schleimhaut als noduläre Oberfläche präsentieren anstatt des charakteristischen Faltenreliefs.

In diesem Fall wird das Licht kegelförmig reflektiert mit dem Gipfel zum Magen. Das sollte ein Anlaß für den Endoskopiker sein, dieses Gebiet besser zu untersuchen und die Ösophagus-Cardia-Passage nach möglichen malignen Läsionen zu überprüfen.

Insgesamt kann man von den verschiedenen Lokalisationen der malignen Ösophagustumoren noch behaupten:

Eine komplette Obstruktion durch einen Ösophagustumor ist eine Seltenheit, die nur ohne jede ärztliche Intervention vorkommen kann. Das ist leicht zu erklären durch die schon erwähnte Tatsache, daß die Symptome frühzeitig auftreten und die Diagnose sie leicht bestätigen, besonders durch die spezifischen Untersuchungen.

Irreguläre multiple und ulzeröse Masse sind für einen wuchernden Tumor charakteristisch.

Eine sekundäre Infektion des Tumors kann auftreten und Perforation der Läsion mit Fistel, Verbreiterung zu anderen Organen oder eine Mediastinitis verursachen. Das wird beim Ösophagus durch die Tatsache erleichtert, daß hier die Tunica serosa fehlt.

Der Arzt, der die Biopsie durchführt, muß vermeiden, das entzündete Gewebe neben dem Tumor zu entfernen; die Histologie würde die klinische Diagnose nicht bestätigen, obwohl ein Tumor sehr wohl vorhanden war. Solche Fälle werden beschrieben, besonders in der amerikanischen Literatur (5, 13).

Nun wird die Mikroskopie der malignen Ösophagustumoren zusammengefaßt.
Die Ösophagustumoren können primär oder sekundär sein, die Letzteren sind jedoch eine Seltenheit, wie auch die malignen Tumoren, die aus dem Bindegewebe stammen.

In Bezug auf die Tumoren des Epithelgewebes behauptet Robbins, daß 5 % aller viszeralen Carcinome des Menschen im Ösophagus vorkommen (11).

In der Pathologischen Universitätsklinik von Goiânia fanden sich bei 9 Fällen von malignen Ösophagustumoren: 6 spinozelluläre Carcinome, 1 Adenocarcinom des Ösophagus, 1 infiltriertes Adenocarcinom des Magens und 1 indifferenziertes Carcinom. Beim letzten stellte man später bei der Sektion fest, daß es sich um ein spinozelluläres Carcinom handelt. Das ergibt also eine Relation von 7 spinozellulären Carcinomen zu 2 Adenocarcinomen.

Die Literatur ergibt durchschnittlich eine 8o %ige Häufigkeit der spinozellulären Carcinome bei allen malignen Ösophagustumoren (8, 9).

Die Tumorzellen dieser Tumoren können gut differenziert oder wenig differenziert und anaplastisch sein. Correia Neto behauptet, daß sich diese Tumoren manchmal aus embrionären Resten entwickeln und die Form eines zylinderzellulären Carcinoms aufweisen.

Diese Tumoren befinden sich im untersten Ösophagusanteil in Cardianähe, wo Zylinder-Epithel vorkommen kann. Die spinozellulären Carcinome des Ösophagus können sich sehr weit ausbreiten und gelegentlich beobachtet man einen Tumor aus dem unteren Anteil, der den cervicalen Bereich des Organs erreicht.

Das Bild des undifferenzierten Carcinoms ist selten und wird fast immer erst durch weitere Biopsien aus anderen

Stellen bestätigt. Die infiltrierenden Tumoren können sich manchmal unter der Mukosa lokal ausbreiten und eine unauffällige Mukosa vortäuschen.

Kommentar und Schlußfolgerung

Wenn man die Daten der verschiedenen ausländischen und brasilianischen Autoren mit unseren Zahlen über Häufigkeit der malignen Ösophagustumoren vergleicht, und zwar unter Berücksichtigung der Faktoren Geschlecht, Alter, Farbe, Lebensstandard, Ätiopathogenie und anatomische Lokalisation kann man folgendes behaupten:

Es scheint zweifelsfrei und ohne Widerspruch, daß die malignen Ösophagustumoren viel häufiger bei Männern als bei Frauen auftreten. Man findet eine Relation von 8 bis 9 Männer zu 1 Frau. Alle Daten zeigen übereinstimmend, daß zwischen dem 5o. und 7o. Lebensjahr die größere Inzidenz vorliegt. Der Inzidenzgipfel in Goiânia lag im 5. Lebensjahrzehnt.
Die weiße Rasse ist weniger betroffen. Es prädominieren die schwarze und die gelbe Rasse, je nach Autor.

Der Lebensstandard scheint großen Einfluß zu haben. Es ist deutlich, daß die niedrigen sozioökonomischen Schichten wesentlich häufiger betroffen werden. Das war in Goiânia auch der Fall.

Die Genese ist genauso unklar wie bei anderen Malignomen. Es gibt mehrere Hypothesen, keine davon jedoch bestätigt. Bezüglich der Tumorlokalisation im Ösophagus gab es die meisten Unstimmigkeiten. Während für die Mehrzahl der Autoren die größere Inzidenz im unteren Drittel lag, gefolgt vom mittleren und oberen Drittel, haben wir bei unseren Beobachtungen eine absolute Überlegenheit des mittleren Drittels gefunden, in einer Proportion von 2 : 1 zu den restlichen. Danach folgte das untere und dann das obere Drittel.

Bezüglich der Makroskopie und Mikroskopie sieht man, daß die Tumoren charakteristische makroskopische Eigenschaften besitzen, die uns erlauben, sie voneinander zu unterscheiden.

Die Ösophagoskopie ist die ideale diagnostische Methode und hat bei uns den Vorteil, billiger als die Röntgenuntersuchung zu sein und die Biopsie zu ermöglichen. Mikroskopisch findet sich eine totale Überlegenheit der spinozellulären Carcinome gegenüber allen anderen, und zwar in einer Relation von 8 zu 2.

Die Adenocarcinome des Magens, die in den Ösophagus infiltrieren, sind nicht so selten, wir fanden sie in 11 % der Fälle (3, 4).

Zusammenfassung

Der Autor verglich die ausländische und brasilianische Literatur und verglich die Zahlen mit der Statistik von drei medizinischen Abteilungen in Goiânia bezüglich Inzidenz der malignen Ösophagustumoren unter Berücksichtigung der Faktoren Geschlecht, Alter, Farbe, Lebensstandard, Ätiologie und anatomische Lokalisation. Schließlich wurden die Makroskopie und Mikroskopie der Ösophagustumoren zusammengefaßt.

Literaturverzeichnis

1. Adams, Herbert D.; Salzman, Ferdinand A. - The Surgical Clinics of North America - Nr. 3 - Band 29 - W. B. Saunders Company - 1959

2. Archive der Medizinischen Klinik und Chirurgischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses der Medizinischen Fakultät der Landesuniversität Goiânia

3. Archive des Pathologischen Instituts des Allgemeinen Krankenhauses der Landesuniversität Goiânia

4. Archive der Radiologischen Klinik von Goiânia

5. Bockus, Henry L. - Gastroenterology - 2. Auflage - W. B. Saunders Company - 1966

6. Correia Neto, Alipio - Chirurgische Klinik - Band 4 - 2. Auflage - Verlag Sarvier - 1968

7. Demont, Mac Walsh; Beeson, Paul B. (Cecil-Loeb) - Handbuch der Inneren Medizin - 11. Auflage - Interamericana Verlag - 1966

8. Di Fiore, Mariano S. H. - Histologische Diagnostik - 2. Auflage - Verlag Guanabara - 1960

9. Ham, Arthur W.; Leeson, Thomas Sydney - Handbuch der Histologie - 4. Auflage - Interamericana Verlag - 1965

10. Netter, Frank H. - Upper Digestive Tract - Band 3 -
The Ciba Colletion of Medical Illustrations - 1959

11. Robbins, Stanley L. - Handbuch der Pathologie -
2. Auflage - Interamericana Verlag - 1965

12. Romero, Enrique - Patologia General y Fisiopatologia -
2. Auflage - Verlag Graficas Lafalpoo - 1962

13. Sodeman, William A. - Physiopathologie - 1. Auflage -
Verlag Guanabara - 1955

L e b e n s l a u f

David R a s s i N e t o	6277 Camberg / Ts., Hohenfeldstraße 12 - 14, Tel.: o6434 / 6464
geboren am:	11.6.1945 als Sohn des Rechtsanwaltes Dr. Mauro Rassi u. Frau Nadime Cozac Rassi in der Landeshauptstadt Goiânia - Provinz Goias
Familienstand:	Seit dem 11.12.1972 verheiratet - drei Kinder
Führerschein:	Klasse III
Schulen:	195o bis 1955 Volksschule in Goiânia
	1956 bis 1962 Gymnasium in Goiânia
Prüfungen:	1963 Abitur in Goiânia
	1969 (21.12.) Verleihung des Arztdiploms
Studium:	1963 bis 1969 Medizinstudium an der Universität Goias in Goiânia
Berufsweg:	Ab 4.1.197o bis 31.12.197o Assistenzarzt an der Krankenanstalt Schwabenland in 7972 Neutrauchburg (b. Isny)
	Ab 1.1.1971 bis 3o.6.1975 Assistenzarzt an der Med. Universitätsklinik Münster
	31.5.1976 Facharztanerkennung als Internist
	Ab 1.7.1975 bis 3o.9.1977 Oberarzt im St. Gerburgis-Hospital in 44o5 Nottuln
	Ab 1.1o.1977 Oberarzt an der Hhohenfeldklinik Pitzer KG in 6277 Camberg

Camberg, d. 21. Aug. 198o

David Rassi Neto

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80